

Park Lakes Family Medicine, P.A.

Aesthetics, Wound Care & Hyperbaric Medicine



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre/Apellido de Soltera: _____ Numero de Seguro Social: _____

Solicito y autorizo a **Park Lakes Family Medicine, P.A./Dr. Efrain Soto y empleados, representantes, agentes y intermediarios** que divulgue la información médica del paciente nombrado arriba a:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Información médica relacionada con los siguientes tratamientos, condiciones o fechas: _____

Toda la información médica:

Otra: _____

Definición: Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), como lo define la ley, RCW 70.24 y siguientes, incluye herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verrugas, verrugas genitales, condilomas, clamidia, uretritis no específica, sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venereum, VIH (Virus de Inmunodeficiencia humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y gonorrea.

Si No Autorizo la divulgación de los resultados de mis enfermedades de transmisión sexual, pruebas de VIH / SIDA, ya sea negativo o positivo, a la persona (s) mencionado anteriormente. Entiendo que la persona (s) anteriormente mencionados serán notificados de que tengo que dar permiso por escrito antes de que se le divulgue esta información a nadie.

Si No Autorizo la divulgación de todos los registros con respecto a las drogas, el alcohol o el tratamiento de salud mental a la persona (s) mencionado anteriormente.

Firma del Paciente: _____ Fecha Firmada: _____

ESTA AUTORIZACIÓN ES VALIDA HASTA QUE EL PACIENTE LA REVOQUE